

医改背景下卫生投入的公平性与公共治理：
中国所面临的挑战与机遇

Hana Brixil, 牟岩², Beatrice Targa³, David Hipgrave²

2010 年 10 月

- 1 世界银行，美国华盛顿特区
- 2 联合国儿童基金会驻中国办事处，中国北京
- 3 联合国儿童基金会顾问。

摘要

在国内收入差距不断增大的背景下，旨在实现健康结果均等化的中国医药卫生体制改革（简称“医改”）任重道远。本研究显示，自 2000 年以来，在中央卫生专项经费投入的支持下，各省相关健康结果指标的差距正在逐步缩小。然而，政府对省及省以下各级的卫生投入呈现日渐不公平的趋势，即人均政府公共支出与各地 GDP 水平正相关，且趋势加强。这一现象揭示，各级政府间的激励机制、财权与事权结构的设置，与执行国家大政方针的要求不相符合。为提高医药卫生体系及健康结果的公平和效率，中国需为医改实施配套改革，完善对公共服务提供的治理。

医改背景下卫生投入的公平性与公共治理： 中国所面临的挑战与机遇

1. 前言

2009 年初，为针对医疗卫生服务中日趋明显的不公平现象，中国政府宣布进行全面的医药卫生体制改革（1）。早在 2006 年胡锦涛主席就提出人人享有高质量的基本医疗卫生服务以及普遍提高全国人民健康状况的要求，这拉开了医药卫生体制改革的序幕。此后时任副总理吴仪就“看病难、看病贵”问题对公众进行公开道歉。国务院组织 16 部委组成医改领导小组，并就医改方案向公众以及国内外专家问策，发起了空前规模的讨论。中国医改的目标是通过五大支柱为所有城乡居民提供安全、有效、方便且廉价的医疗卫生服务，这五大支柱为：完善公共卫生服务体系和服

务，改善初级卫生保健服务提供，建立全民基本医疗保障制度，确保用药安全及基本药品的可及性，及公立医院改革（2）。政府财政支持水平较低是造成中国卫生资源分配不均的原因之一。2007 年以前，国家对卫生投入仅占中国 GDP 的 0.7—0.9%，而同类中等收入国家中这一比例平均为 2%。医改前中国个人自费医疗开支约占卫生总支出的 60%（3）。医改的实施需要财政加大支持力度，为此，温家宝总理在 2009 年 3 月召开的十一届人民代表大会二次会议上宣布，2009 至 2011 年政府投入 8500 亿元（占 2008 年 GDP 的 2.8%）用于医改（4）。与此同时，全国政府卫生投入也于 2009 年增至 GDP 的 1.4%（5）。据世界卫生组织估算，一国政府对卫生投入水平需达到 GDP 的 1.5%—2.0% 的水平，才有可能保证人人享有初级卫生保健服务（即公共卫生及基本医疗服务）。与国家对教育投入（2008 年为 GDP 的 3.5%）相比，政府卫生投入占 GDP 比重仍然较低，但距实现世界卫生组织的估算的这个适度水平又进了一步。

医改在全国范围的贯彻实施自然会对省及省以下各级政府部门造成一定的财力负担。在中国的财政分权的大背景下，政府卫生支出的 90% 沉淀在省及省以下各级政府。如何确保不断增加的财政投入得到有效利用，以实现医改目标，是中国政府目前面临的一个重大挑战（8），其中，提高地方财政的资源配置效率和使用效率尤为困难。从当前来看，这一问题尚未获得足够重视。

当前中国各级政府的实际投入模式与是否能够促进医改目标的实现，这是一个重要问题。本报告通过对现有国家层面、省及省以下各级健康结果与政府卫生支出数据进行分析，观察健康结果指标和公共资源分配方面的最新趋势。论文着重对各级公共资源分配与人均 GDP 的关联度进行了探讨，并从这一角度对地方健康结果指标的变化趋势及变化原因进行了分析。最后，文章探讨了与公共卫生资源配置相关的治理问题，并提出：医改本身为改善公共筹资的治理机制提供了机遇，而这种公共部门的治理改革还将受益于卫生部门之外的其他社会部门。

2. 各级政府卫生资源分配不均

国家层面投入的不断过大未能抑制差距的进一步增大

在中国，国家对卫生投入由五级政府共同管理（图 1），政府的卫生投入水平在很大程度上取决于地方的财政能力（9），而基层医疗卫生服务的财政经费则主要由县和乡（即五级政府中最低的两级）政府承担。在分配财力性（均等化）转移支付过程中，地方政府所需财政支持力度可以通过公式根据地方经费需求和财政能力计算得出。但是，这种均等化的转移支付本身规模很有限，

即使获得均等化的转移支付后，各地的县和乡政府的财政能力仍然存在很大差距。

2001 年以来，中国各省间人均卫生公共投入的差距在不断加大（图 2、2A），2000 至 2008 年间教育等其他公共服务支出也呈此趋势（图 3）。

在各省内部，城市家庭的收入显著高于农村家庭，但人均卫生总投入仍不断向城市地区倾斜，这是导致省内差距迅速扩大的原因之一（图 4。这是卫生总费用的分布，研究者未能获得政府卫生投入的城乡对比数据）。

在各省（自治区）内和地级市（自治州）内，政府卫生投入的内部差距也在进一步扩大。如图 5 所示，内蒙古和山东两省（自治区）各地市级之间的政府卫生支出差距、济南和郑州市各县区之间的差距，在过去几年内都有所增大。省内各地市及地市内各县区内的政府教育投入也存在同样情况（详细数据见附件）。

对于个人来说，由于参加的医疗保障项目种类不同，不同人群获得卫生公共资源的机会也不均等。如图 7 所示，近年来中国实施了若干项重要的医疗保障制度，以覆盖原来未被医保覆盖的人群，然而，公共医疗保障资源的分配远未实现均等化。中国政府在养老、教育等其他公共部门也开展了针对贫困人口的保障项目以缩小其与富裕人群间的差距（10）。

分析中国居民的灾难性卫生开支、医疗卫生自费水平，不公平问题也较为显著。2008 年《全国卫生服务调查》（11）指出，2003 至 2008 年农村低收入家庭的大病支出仍占家庭总支出的约 10%，城市低收入家庭中这一比例则由 4%增至 6%（图 8）。2008 年，农村居民每人每次住院平均花费经医保报销后占人均年收入的 50%—70%，是城市居民的两倍（图 9）。数据分析还发现，当前政府通过增加对新农合投入、为孕产妇提供住院分娩补贴等举措增加的对农村卫生投入对降低个人看病花费的实际作用还是有限的，专项补贴反而有助推医疗服务价格上涨的可能性。（图 10 为按城乡地区分类数据，其中左轴为医疗成本及每人每次住院平均自费开支实际数目的变化情况，右轴为此开支在人均年收入中所占比例）。

一些不公平与资源配置效率低下密切相关

20 世纪 80 年代初以来，国家对医疗卫生事业的投入迅速提高了城市专科医院高级医疗服务的可及性。国家投入向高级卫生机构倾斜的趋势使得高收入家庭受益更多，这本身是欠公平的（12）。教育领域亦是如此，各级重点学校所获政府投入较多，而高收入家庭儿童在这些重点学校的入学机会明显要高。

在国内，经济较发达的城市高级医疗服务的可及性更高。例如，20 世纪 90 年代后期以来，中国大城市高科技医疗设备的人均保有量已经达到多数 OECD 国家的水平（13），各类生命周期指标也与发达国家相当，甚至超过其水平。北京和上海报告的核磁共振机及其它先进理疗设备的人均保有量已超过欧洲城市的平均水平（14）。这些大型医疗设备的采购经费可以部分由国家财政补贴。于此同时，城市地区的初级保健服务却十分昂贵，提供这类服务的通常是医院和专业医师，而非卫生保健中心或有专业护理人员协助的全科医生（12）。

相比之下，支持农村（乡镇）卫生机构的财政资金明显不足（图 11），而且农村和城市一样，也存在卫生服务质量低、过度服务、用药不合理等突出问题（1）。农村贫困家庭仍无力负担一些基本的医疗卫生服务（例如新生儿疾病与呼吸道疾病的治疗，这些疾病仍然是导致婴幼儿死亡的

主要原因)。2006 年中国政府与联合国机构的一份研究报告表明, 2000—2004 年, 可预防的疾病大约占新生儿死亡原因的 70%, 尤其是在农村贫困地区。(15) 最近《柳叶刀》杂志上发表的关于中国五岁以下儿童死亡原因(16)的研究指出, 五岁以下大部分的儿童死亡可以通过提供常规性、低成本的医疗卫生服务加以预防的。显然, 在推进中国卫生体制改革的进程中, 如何纠正财政资源、人力资源、物质资源配置(17)(18)的低效与不公平的确是亟需引起关注的问题。

在医改方案中其实是包含了一系列适当有效的措施, 旨在提高卫生公共资源配置的成本效益与整体运营效率。这些措施包括: 基本医疗服务的成本回收性价格调整、实施国家基本药物目录、改革供方支付制度, 降低医疗卫生机构对服务收费的依赖; 加强基层卫生服务、以及强化公立医院的管理等。

在地方层面依然有明显的保大病趋势。医疗卫生体系中大部分社会保障项目(包括农村合作医疗、医疗救助、城镇居民基本医疗保险等)在县区一级统筹, 很多医保项目还是不覆盖或有限覆盖门诊服务。截止到 2008 年的相关研究表明, 仅 15%的县的农村合作医疗项目同时涵盖门诊与住院服务(19)。

无论城市或农村, 门诊服务中个人自费占医疗总费用的比重要比住院服务中的比重高得多。2008 年的国家卫生服务调查指出(11), 2008 年 33%的患者报销了部分门诊医疗费, 相比之下, 85%的患者报销了部分住院医疗费(报销费用平均占医疗总费用的 35%)。这一点在实地研究报告中也得到了证实。在国内 5 大城市开展的市民评分卡调查结果表明, 门诊服务中个人支出占医疗总费用的比重要比住院服务中的比重高得多。对最贫困的 20%的患者而言, 平均一次门诊服务花费的个人支出占月人均收入的 84%(对于最富裕的 20%的患者, 这一比率为 11%); 对最贫困的 20%的患者而言, 平均一次住院服务花费的个人支出高达年人均收入的 140%(对于最富裕的 20%的患者, 这一比率为 10%)(20)。

旨在改善公平的专项转移支付现存的问题

为保障国家政策的贯彻实施, 中央政府越来越依赖推行垂直性(块块)卫生项目与专项转移支付。专项转移支付是指定目的、旨在激励地方政府贯彻实施国家政策的有条件的转移支付。它与提供一般性预算支持的无条件转移支付)。当前卫生体系中应该存在上百个专项, 而近期作为医改的部分举措, 中央政府的卫生专项中又新增了六大公共卫生服务项目(用于青少年乙肝疫苗接种、服补叶酸、预防氟中毒、农村妇女宫颈癌乳腺癌筛查、白内障复明、农村改水改厕)。目前, 中央政府卫生部门的总预算(2009 年共计 1120 亿人民币)几乎全部由专项组成。中央政府卫生部门的支出中很少涉及针对贫困地区的一般性转移支付。尽管中国仅在公共卫生领域就有 100 多个专项转移支付项目, 然而鉴于城乡之间、贫富之间、东西部之间卫生公共支出中存在的不公平性, 这些转移支付项目的公共支出总量仍然十分不足。(21)

在一些公共支出领域(例如旨在降低孕产妇死亡与支持九年制义务教育的项目), 专项转移支付实现了促进发展指标的进步。图 12 表明, 农村与城市孕产妇死亡率的比值由 1991 年的 2.6 下降至 2009 年的 1.3。自 2002 年政府提高农村贫困地区住院分娩的补贴之后, 孕产妇死亡率大大降低。在注重监测学生入学状况的背景下, 义务教育专项转移支付也促进了中国的基础教育进步。因此, 专项转移支付加上对效果的有力的实时监测, 使低保项目能够在全国范围内成功拓展。

但是, 卫生投入对专项转移支付的依赖却引发了人们对项目效果的可持续性与地方所得资金的可预测性的担忧。另外, 专项转移支付项目的决定有时依靠的是部门机构或地方政府的游说能

力，而并非严谨的需求评估。此外，地方调研报告也常常能揭露出专项转移支付的监测不力，或资金使用不规范。例如，县政府可能采取削减转移支付接收机构的事业费预算或增加其人员数量的方式以抵消部分转移支付资金。（22）

此外，尽管垂直性卫生项目与专项转移支付或许能够促进特定领域特定目标的实现，它们毕竟不是支持卫生体制改革有效实施的最恰当的筹资战略。大量垂直性财政投入的公共卫生项目及其相关监测报告说明，过度依靠这种投入方式不可能实现卫生体制改革整体强化管理的目标，也不可能仅仅依靠垂直项目就建立起中国所期待的普惠型的初级保健体系。

3. 中国的分权体制与社会经济发展和卫生事业发展中存在的差距

分权与中国的经济发展

公平地改善卫生发展状况对任何国家来说都是一种挑战。由于中国地区间的经济发展差距以及不同社会群体之间的收入差距日益扩大，这一目标对中国而言更具挑战性。（23）

中国的分权体制与地区间的竞争促进了过去 30 年中国经济的极大发展。（24）（25）地方政府在分权体制下能够对国家政策的实施进行试验与调整，这推动了地方经济的长足发展，并有助于中央政府逐步完善国家政策。

然而，分权体制与地方政府之间的竞争也导致了日益扩大的收入与发展差距。地区间与不同社会群体之间的收入差距不断增大，地区内部的差距通常也比较明显。（26）（27）伴随收入差距而来的是人类发展指标的差距，以儿童死亡率为例，其水平的地区差距十分突出，而其中的一个重要原因是地区间医疗卫生等基本公共服务可及性的不平等。（28）

中央政府解决社会发展差距的举措

过去 10 年，中国政府采取了一系列政策举措以缩小日益增大的发展差距，并在一些领域取得了可喜成果。大范围的经济发展战略（例如在 2000 年由全国人大提出的支持西部 12 省的西部大开发战略），在缩小沿海与内陆省份居民收入差距方面发挥了积极作用，并推动了内陆一些省份的全面振兴。

在人类发展成果方面，中央政府预算支持的专项转移支付项目帮助降低了死亡率指标的省际与城乡间差距——最显著的是在孕产妇死亡率，婴儿死亡率与五岁以下儿童死亡率方面的差距也有所缩小。这些专项转移支付主要分三类：

- a) 瞄准性的垂直项目，例如支持九年制义务教育的项目、覆盖了全国 2297 个农村县的农村孕产妇住院分娩补贴项目（29）、增强计划免疫的项目、前面提到的新增的六个公共卫生项目、以及政府最近提出的保证人均公共卫生服务经费 15 元的项目—由县卫生机构根据地方优先需求开展实施；
- b) 支持社会保护的转移支付，例如农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险、财政医疗救助与支持农村贫困人口的低保现金转移支付；
- c) 支持基础设施建设的转移支付，例如修建卫生设施、改水改厕、农村道路建设

这些专项转移支付项目在一定程度上帮助缩小了省际与城乡间社会发展指标之间的差距，然而造成健康结果的不公平却有着多重根源，包括决定健康的社会因素、对初级保健服务投入不足、

医疗卫生机构中广泛存在的激励扭曲、农村合作医疗与医疗救助在筹资与设计方面存在缺陷，等等。(30) (31) (32) (33) (34)

省际健康结果的比较

中国省际健康指标（与人均收入对照比较）的差距程度与各国间存在的差距程度相当，这表明政府还远没有实现促进健康结果均等化的目标。从国际比较角度看，中国各省孕产妇死亡率、五岁以下儿童死亡率和婴儿死亡率平均来看，要低于同等人均 GDP 的其他国家，不过上述指标在中国各省与人均 GDP 的相关度和这些指标在世界范围内与各国人均 GDP 的相关度十分接近。（图 13, 13A 和 13B）

中国省际孕产妇与儿童健康结果的差距和省际收入差距相当，然而二者之间的相关度在 2000—2008 年间逐渐减弱，这表明政府在卫生体制改革之前所采取的旨在降低不公平的举措还是积极有效的，这些措施包括改善卫生服务的内容与质量、加强卫生部门的人力资源建设等。（图 14, 14A 和 14B）

此外，尽管过去 10 年全国城乡家庭收入差距增大，但城乡孕产妇死亡率、婴儿死亡率和五岁以下儿童死亡率的差距在缩小，特别是在最近 10 年（图 15）。

省内比较

省内社会经济发展差距也不断增大。(35) 自 2000 年，除四川、西藏、新疆和云南外，其他各省城镇家庭人均可支配收入与农村家庭人均年纯收入的比率都在持续上升。某些省的比率高达 4:1——2009 年全国的比率为 3.3:1。(8)

在健康结果指标方面，一些省取得了公平性的进步。例如，内蒙古（少数几个公开市级数据的省份之一）的婴儿死亡率在较为贫困的市下降得更快（图 16）。然而，省内城乡间以及城乡内部卫生发展的差距仍十分明显（图 17，附录图 B2 和 B3，附录表 B2—B3）。在成都市，2007 年婴儿死亡率最低和最高的区（县）差距 10 倍（36）；在甘肃省，2007 年最低和最高的市差距 12 倍（37）。

最后，过去 10 年中国城乡间孕产妇死亡率与儿童死亡率差距的缩小与国家采取的政策举措相关，例如国家对医保的财政投入、住院分娩补贴、基础设施完善与人员培训，等。尚无数据表明各省内一致存在死亡率差距同样缩小，但是，我们上文所探讨的卫生财政支出的公平性降低、个人自费水平与人均政府投入中普遍存在持续的不公平却倾向于让我们得出相反的推断。

4. 公共部门治理的缺陷对医疗卫生体制改革执行的影响

导致卫生和其他社会服务公共支出不够公平、效率偏低的部分原因可能是省和省以下政府的激励机制不完善。地方政府和服务提供机构尚未将公共支出的效率与公平作为有影响力的绩效考核指标。(38) 地方政府尚未建立相应的问责制以使地方官员对卫生事业发展的公平性与公共支出的公平性和效率负责。在这方面，教育似乎走在前面——地方政府对九年制义务教育实行了严格的监测与绩效评估。

在地方卫生发展成果与公共资源配置中引入公平性考核指标，这对于制定卫生体制改革的监测与评估框架来说也同样是一大挑战。省和省以下政府可能缺乏相应的激励机制或机构能力，完全贯彻中国卫生体制改革设定的目标（39）（20）。

官员访谈揭示（39）（20），省市级政府可能会部分截流专门下拨给县乡村的资金。尤其值得关注的是，这些官员还指出，除专项转移支付与国家重点扶持资金外，省和省以下政府倾向于“就近支出”，即支出会集中在省会城市或地市一级。针对特定县的转移支付一也会部分截留在省政府 / 自治区政府 / 地市级政府，被挪用于城市建设（主要用于城市基础设施建设），致使县和县以下政府严重缺乏提供重要社会服务所需的资金。（39）

地方公共部门治理中存在的问题也是卫生法律法规无法得以有效执行的重要原因。例如，尽管中国于 2009 年颁布了严格的《国家食品安全法》并引入了一系列食品安全标准，然而国家对该法实施的监督不力，食品安全危机时有发生（例如 2010 年再度出现的三聚氰胺含量超标的乳制品）。中国媒体对其他领域存在的执法不力也时有报道，例如环保、道路安全、药物和疫苗安全等。地方层面可能出现的利益冲突（例如为了追求地方经济发展忽视公共卫生安全）并没有得到系统评估与应对。

地方政府尚未真正承担起法律监督与执行、政策实施、保障包括医疗服务在内的社会服务的筹资与提供的责任。最近在陕西神木推行的医改试点表明，地方政府未能建立完备的监测与实施体系。尽管神木在医改上付出了诸多努力，国家审计署仍披露了神木医疗资源滥用的现象，包括出现“假发票”事件。（40）这说明，医疗卫生体制改革的有效实施需要各级地方政府加强监督与管理。

国际经验表明，卫生体制外的因素可能会制约卫生体制的完善，如公共部门治理、宏观经济与社会政策环境。（41；42）世界各国在完善各自卫生体制时往往容易将这些因素看成是既定的外在因素。但是中国政府高度重视卫生体制改革，清楚地认识卫生体制改革过程中凸显的更广范围的公共部门的体制局限，将激励政府采取措施以完善公共部门的治理。

5. 对公共部门治理的思考

我们的研究表明，地方公共资源配置和激励机制的设立应与国家重点政策更好地衔接，以促进卫生体制改革的执行。具体而言，中国卫生体制改革面临的治理挑战在于如何确保地方政府职责明确，并使之与国家政策、标准和法律法规的要求相一致；如何履行其职责，如何独立、定期、有效地监督其职责的履行，以及地方政府是否拥有或被配给充分资金以履行他们承诺的职责。国际经验表明，这需要加强各级政府机构之间、政府机构、医疗服务机构与公民之间的问责制。（43）反过来，一旦地方政府的激励机制与国家的战略优先重点一致，问责制关系的加强将使政府能够更大程度地依靠促进公共服务均等化的一般性转移支付，而不是过度依赖专项转移支付。

中国幅员辽阔，公共服务的筹资与提供主要由地方政府负责，加强省级政府的职能及对其问责显得十分关键。省政府可能需要明确负责辖区内公共支出的公平与效率、国家政策的执行、法律法规的实施、以及省内卫生体系的绩效。

中央政府可以明确规定各省保障提供初级保健服务的财政支出目标，并明确各省在医改中按照公平、按照具有成本效益原则应实现的产出与成果。省政府医改的产出与成果承担明确责任，

从而激励他们改善省内各级公共支出的公平性与效率、履行其职责并加强绩效监督。

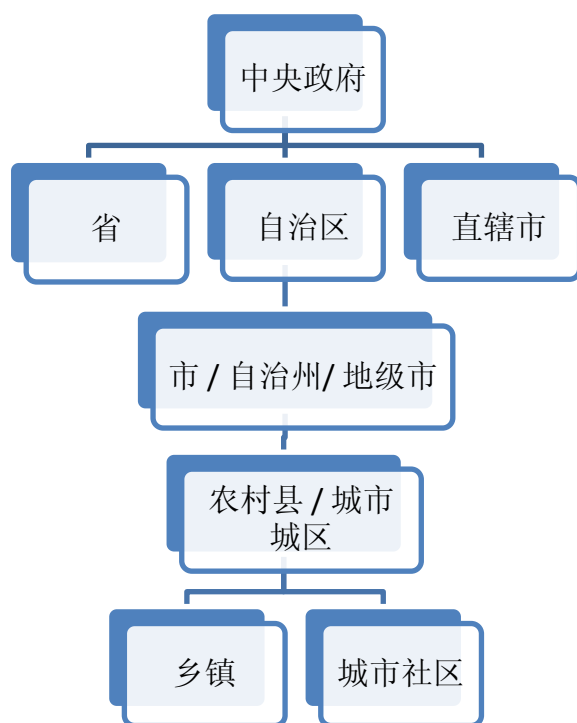
此外，主要筹资责任与项目的省级集中将有助于卫生体制改革的执行。例如，可以在省级建立一个负责管理卫生领域所有社会保障项目（包括农村合作医疗、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和医疗救助项目）的机构。促进上述项目资金的省级聚合将帮助解决省内卫生发展的不公平。另外，省级机构可以与医疗卫生机构确定有效的服务合同与绩效评估安排。在借鉴国外试点项目的基础上，还可以激励各省探索其他类型的服务购买与支付机制以提高服务提供的效率。而且，省级政府还可以用省级财政国库直接支付（通过国库单一账户；这在不少省份已经确立）的方式取代目前至上而下的分级转移支付（即资金在可支出前需流经数级政府），从而帮助其增强监督公共资源使用的能力。

另外，中央政府需要有效地监督评估公共资源的使用、政策执行与各省服务提供的绩效状况，从而敦促省政府履行其职责。市民记分卡调查能够成为获得市民对公共服务反馈意见的有效手段（包括市民使用初级保健与其他服务的能力，服务收费与个人支出，市民获得相关信息与解决投诉的能力，市民对服务的满意度以及对医疗卫生机构、医保项目、地方政府机构等的满意度）。这种直接获得公民反馈意见的机制将使中央政府更好地评估地方政策执行的绩效，尤其是在服务提供的公平性与质量方面的绩效。(20)

独立的评估能够有效地支持综合性的绩效管理体系，并帮助加强省和省以下各政府机构与服务提供方在卫生与其他公共服务提供和发展成果方面的问责制。建立有效的监督、评估和绩效管理体系、了解并解决市民对服务提供与服务效果以及对地方公共支出的反馈意见，将促进省和省以下激励机制的完善（以及由此带来的更大自主权）。

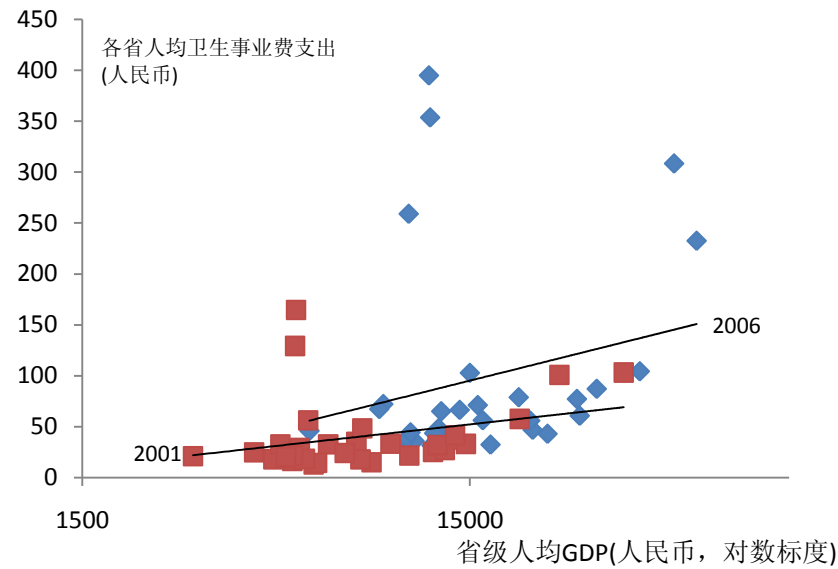
事实上，全面促进公共部门的治理改革将有可能改善中国公民健康状况的公平性，这甚至将超越卫生体制改革所带来的影响。其原因在于，公共治理的改革将同样促进其他基本公共服务的提供，还将有助于改善影响健康的社会因素，例如获得安全的饮用水与环境卫生设施、卫生教育、住房、农村道路建设、社会救助，等等。(44)

图 1：中国的五级政府



来源：作者

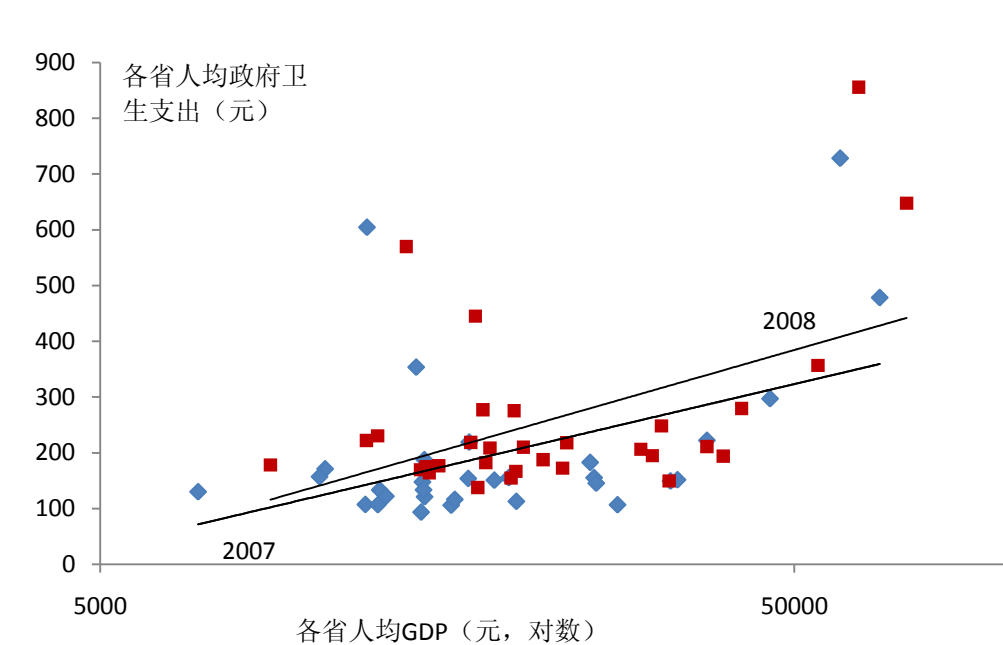
图 2：省级政府卫生事业费与地方 GDP 的对照比较，2001-2006



注：中国于 2007 年引入新的政府预算分类方法。卫生事业费是 2007 年之前所用的统计口径，主要包括政府医疗卫生机构的补贴，但不包括一些医疗保障项目的经费。从 2007 年开始，卫生支出的定义得以拓展。

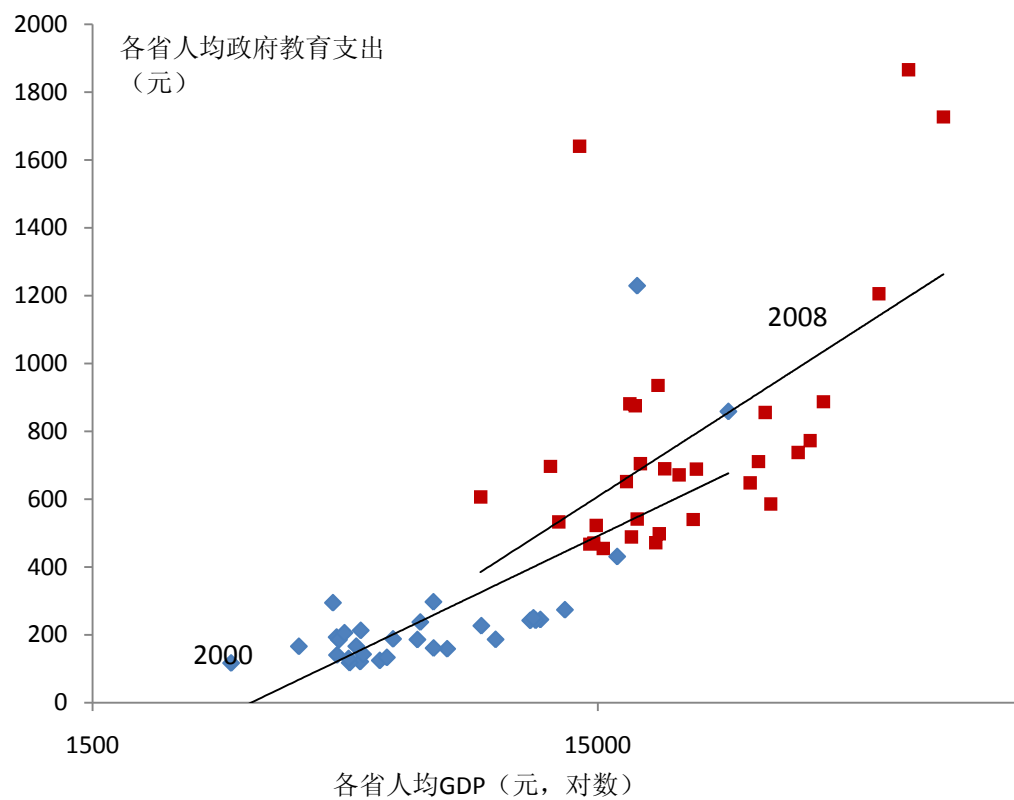
来源：相应年份《中国统计年鉴》

图 2A：各省政府卫生支出与地方 GDP 的对照比较，2007-2008



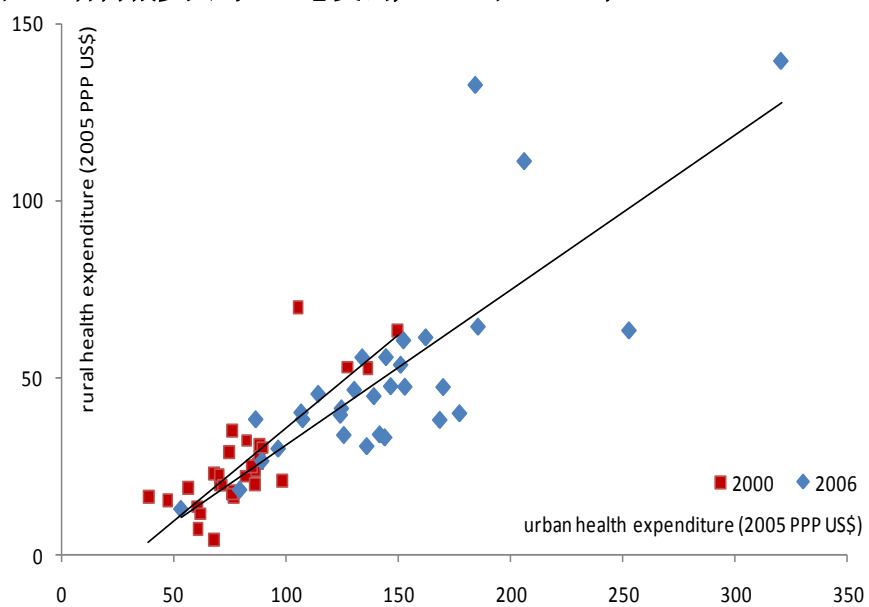
来源：相应年份《中国统计年鉴》

图 3：各省政府教育支出与地方 GDP 的对照比较，2000-2008



来源：《中国统计年鉴》

图 4：省内城乡人均卫生总支出，2000 和 2006 年



来源：Gapminder (www.gapminder.org).

图 5 和 5A：内蒙古和山东市级政府卫生支出与地方 GDP 的对照比较，2000 和 2007 年

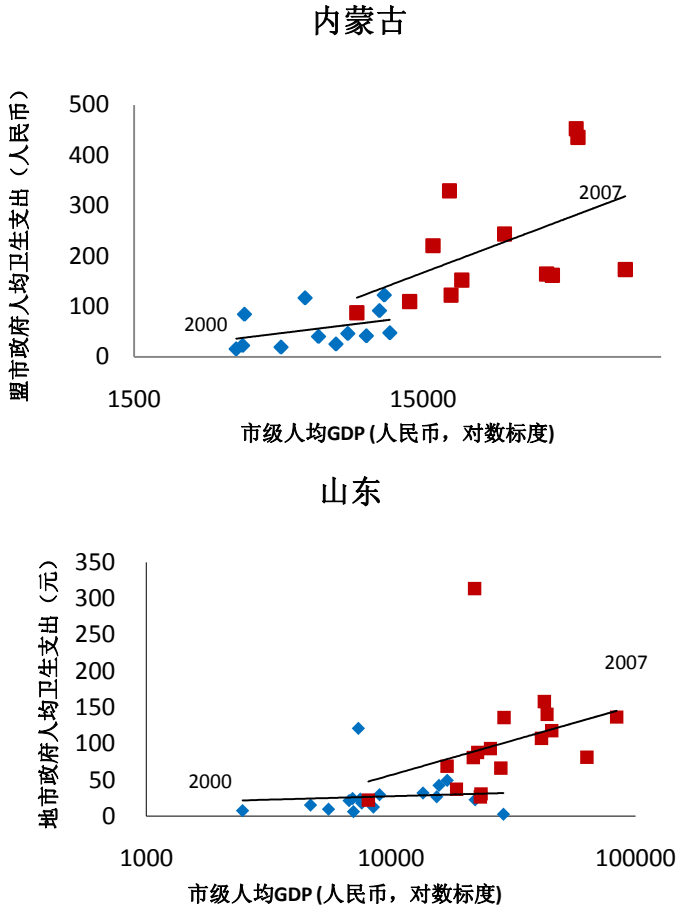


图 6 和 6A：济南与郑州市内县（区）政府卫生支出与地方 GDP 的对照比较，2000 和 2006 年

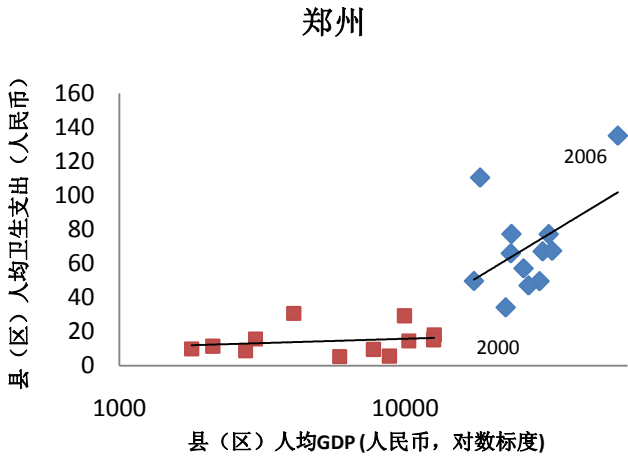
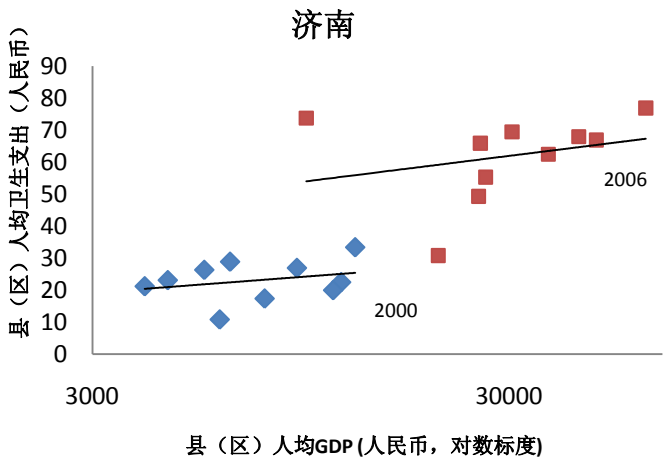
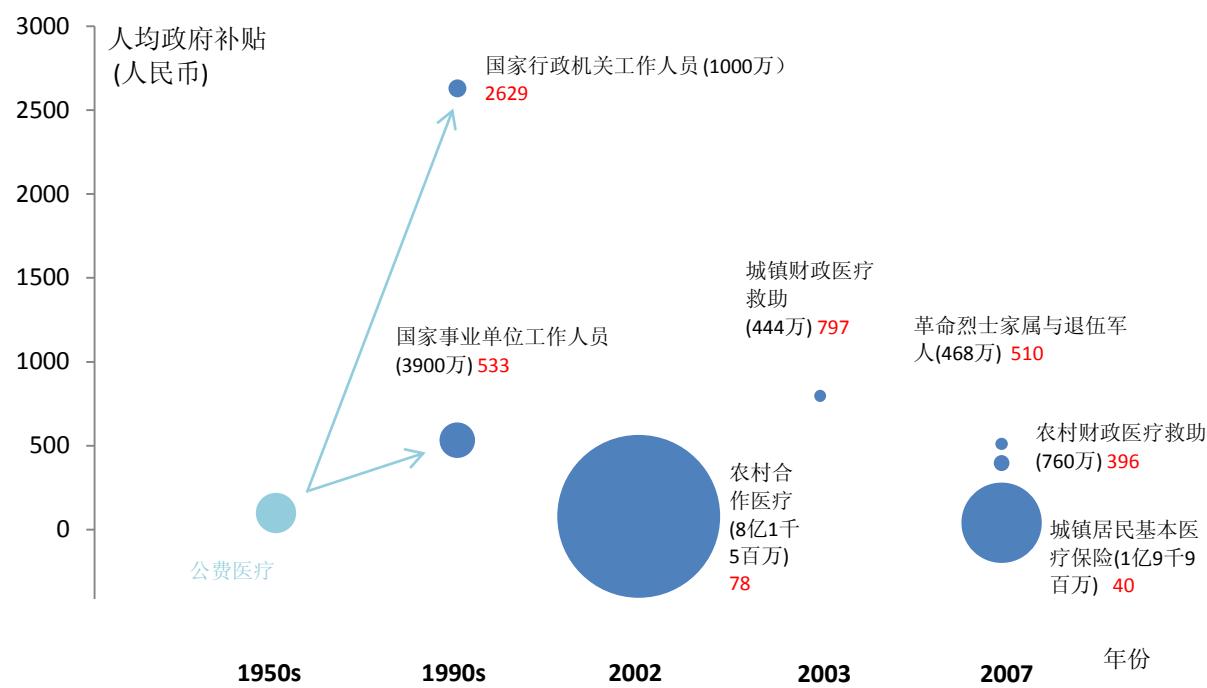


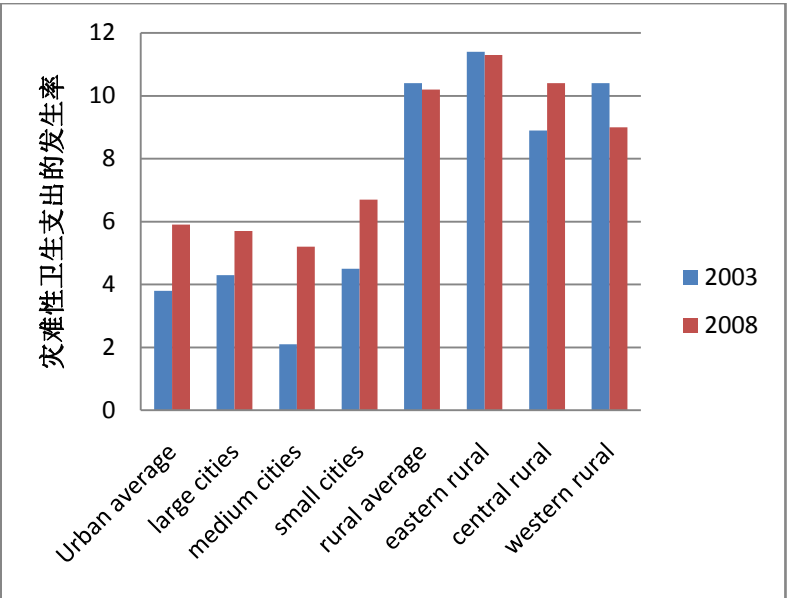
图 7：1950-2007 年政府在各类医疗保障项目中的人均公共支出



注：圆圈的大小对应覆盖人员数量，括号中的数字是覆盖的具体人数。红色数字显示的是人均政府补贴。城乡财政医疗救助项目中标注的红色数字是每人*次的平均公共支出，而其他医保项目的红色数字均表示每年人均政府补贴。

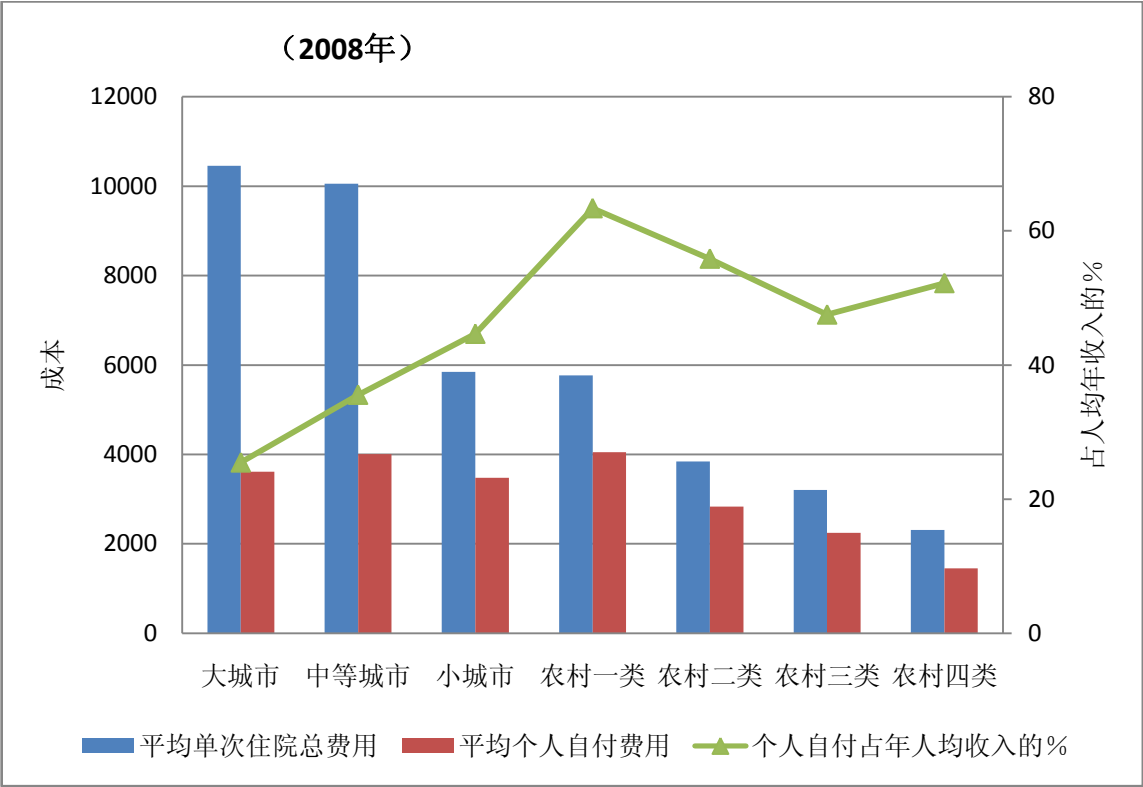
来源：《卫生总费用报告 2009》 与 《中国卫生统计提要 2010》

图 8：低收入家庭灾难性卫生支出，2003 和 2008 年



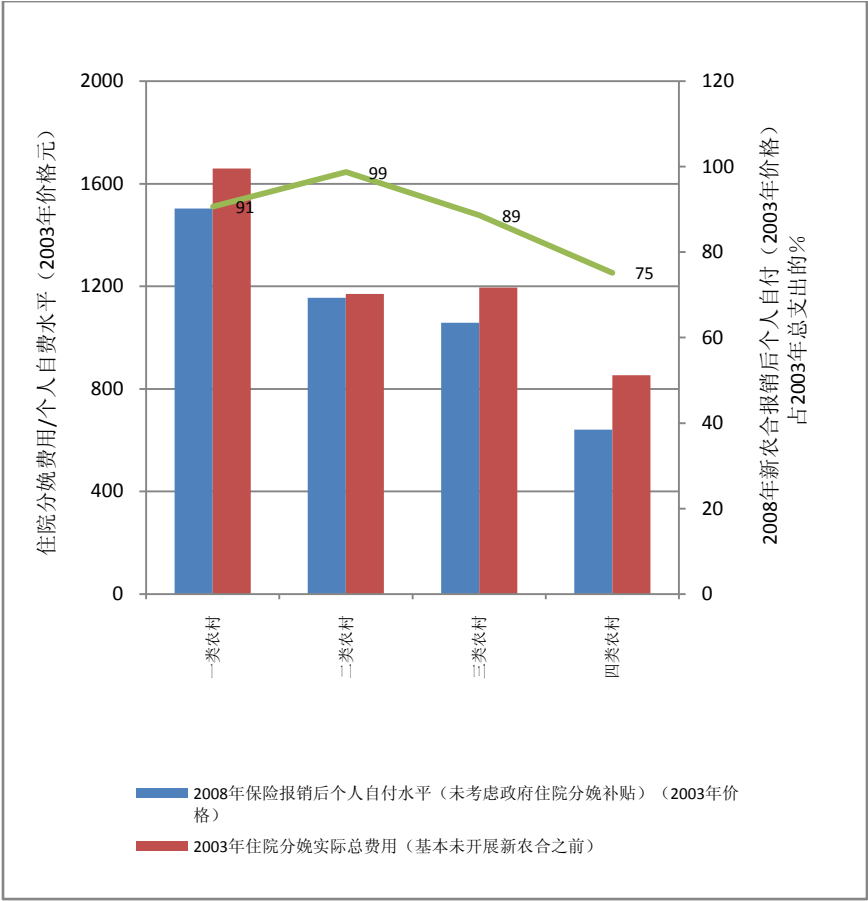
来源：《中国国家卫生服务调查》（NHSS），2003 和 2008 年
注：卫生服务调查使用的灾难性卫生支出的概念是, 个人卫生支出如果超过家庭年消费支出的 40% 就构成灾难性卫生支出。低收入家庭是指那些人均年收入低于该地区家庭年收入均值的 50% 的家庭。

图 9：不同类型城市与农村地区单次住院平均个人自付（医疗保险或救助项目报销后）占其人均年收入的比重



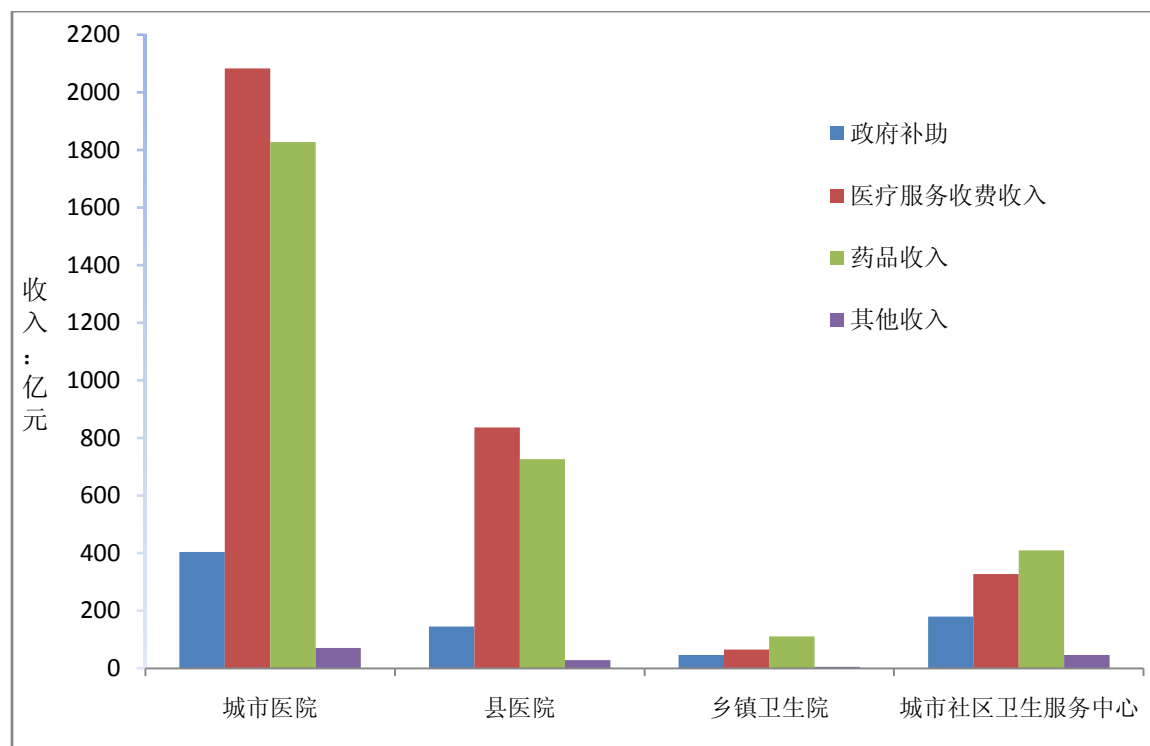
来源：全国卫生服务总调查 2008 和 2003 年。
注：不同类城市与农村地区分类的标准遵循的是 2006 年中国政府按社会经济发展水平对城市农村地区进行的不同分类。

图 10：住院分娩的个人支出，2003-2008 年



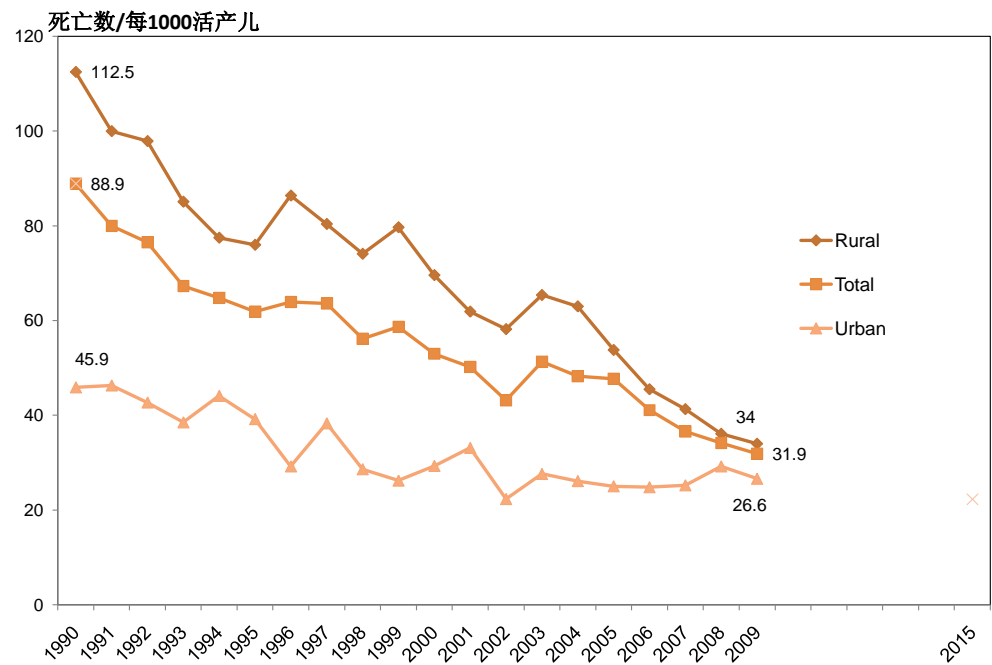
来源： NHSS 2008

图 11：政府补贴在医疗卫生机构间的分配， 2008 年



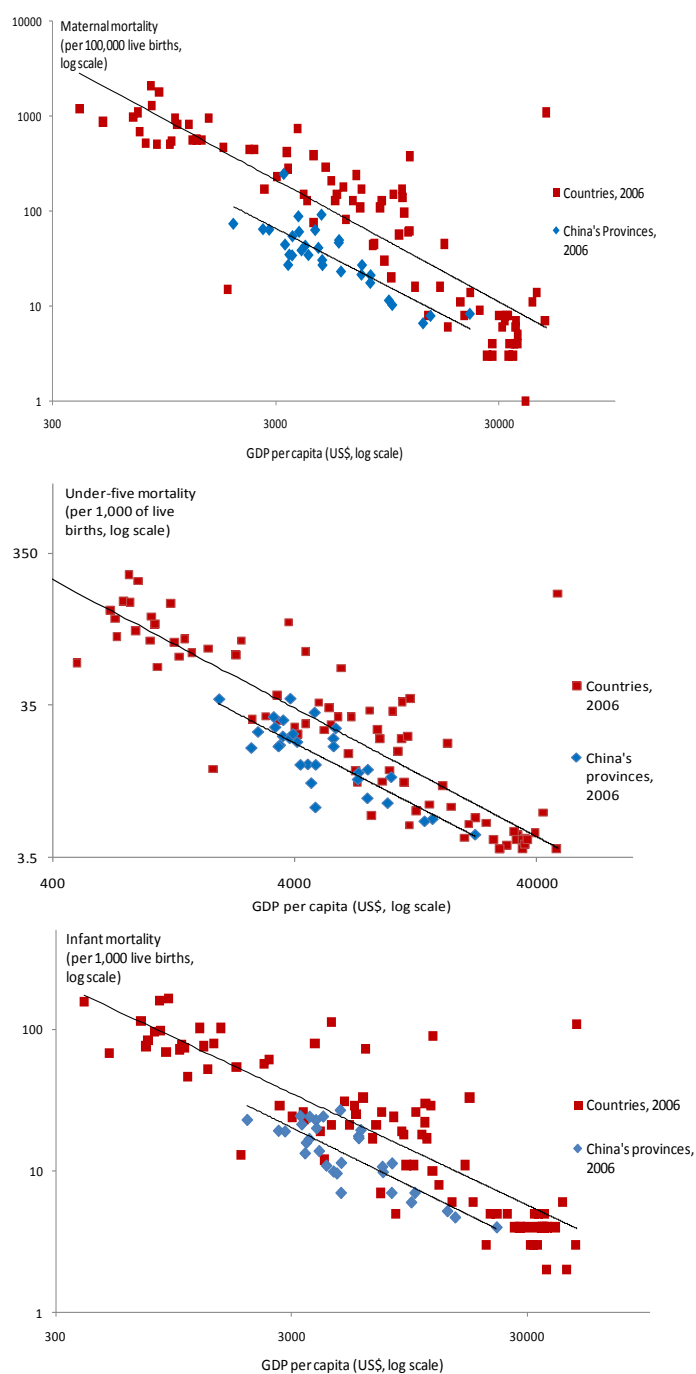
来源：《2008 国家卫生财政报告》，卫生部

图 12：中国孕产妇死亡率以及农村孕产妇死亡率、城市孕产妇死亡率，1991 - 2009 年



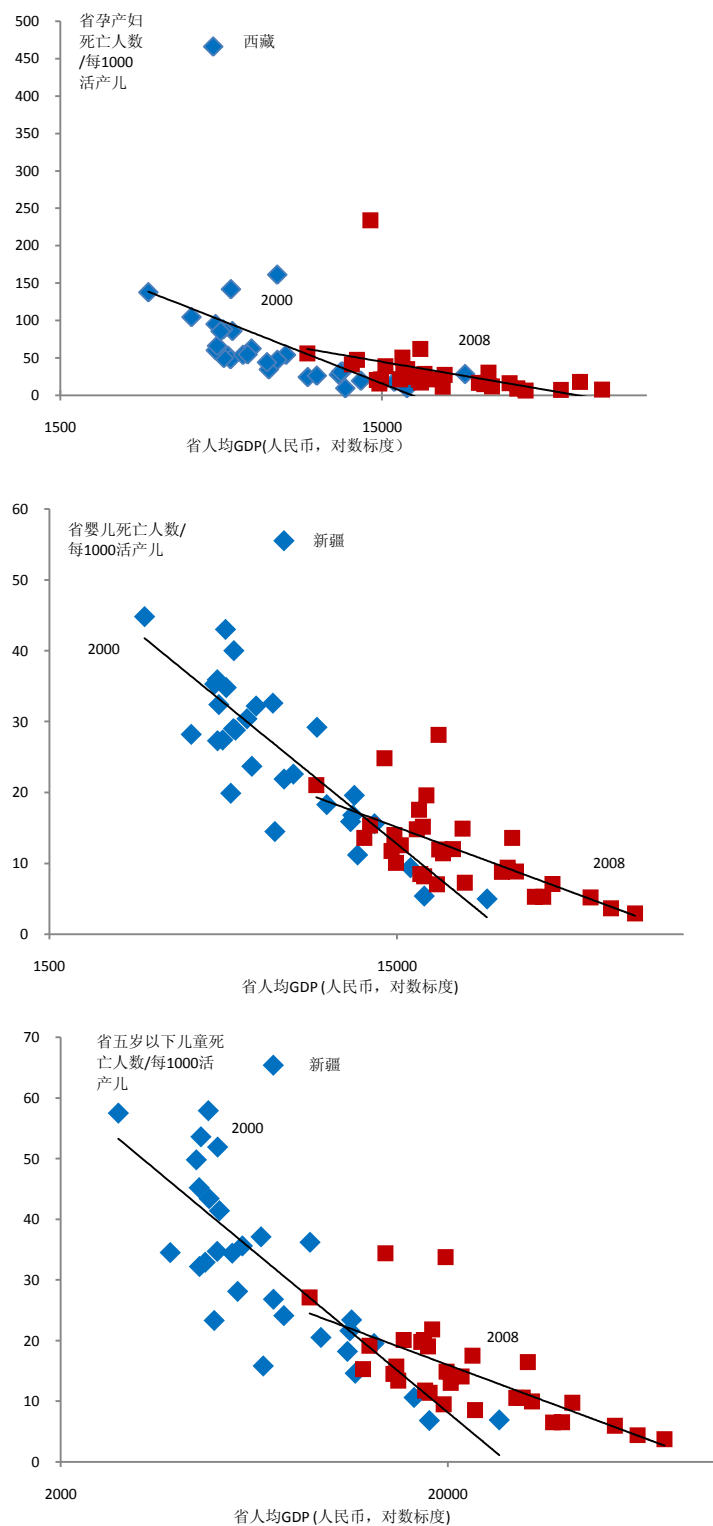
来源: 卫生部, 《中国卫生统计年鉴 2009》(1991 - 2008 年数据)
卫生部, 《中国卫生统计提要2010》(1990, 2009 年数据)

图 13, 13A 和 13B: 孕产妇死亡数、儿童死亡数、婴儿死亡数与人均 GDP: 中国各省与世界各国的对照比较



来源: Gapminder (www.gapminder.org)

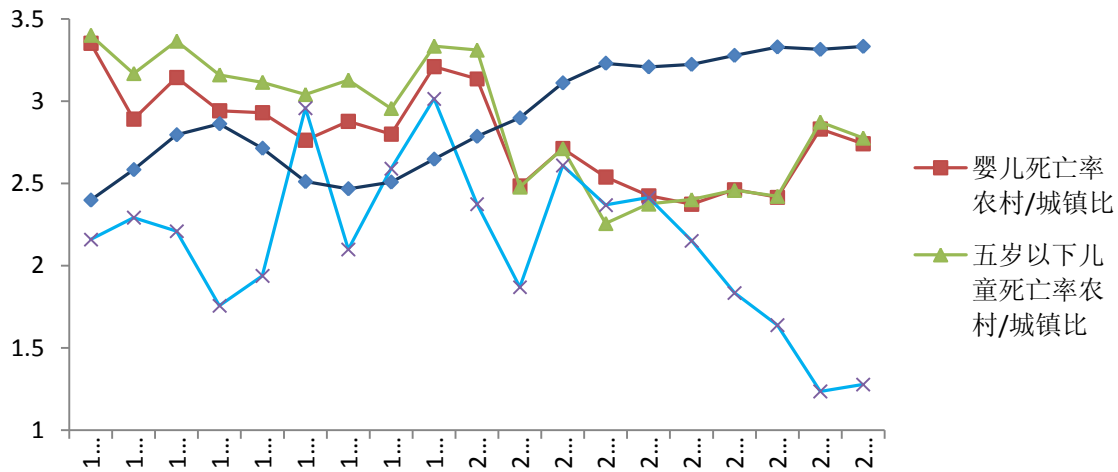
图 14, 14A and 14B: 孕产妇死亡、婴儿死亡、儿童死亡与各省人均 GDP 的对照比较, 2000 和 2008 年



来源: DevInfo (联合国儿童基金会), 这是联合国发展组织为监测人类发展而建立的一个数据系

统。这里使用的数据来自中国孕产妇死亡与儿童死亡的官方监测体系。截止 2008 年，这一监测体系包括 116 个监测点，覆盖了全国 31 个省的 7300 万人口。

图 15：农村/城市婴儿死亡率、五岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率的指标值比下降，城市/农村人均收入比增高，1991-2009 年



来源：《中国卫生统计提要 2010》

图 16：内蒙古各市婴儿死亡率 与人均 GDP 的对照比较，2000 和 2007 年

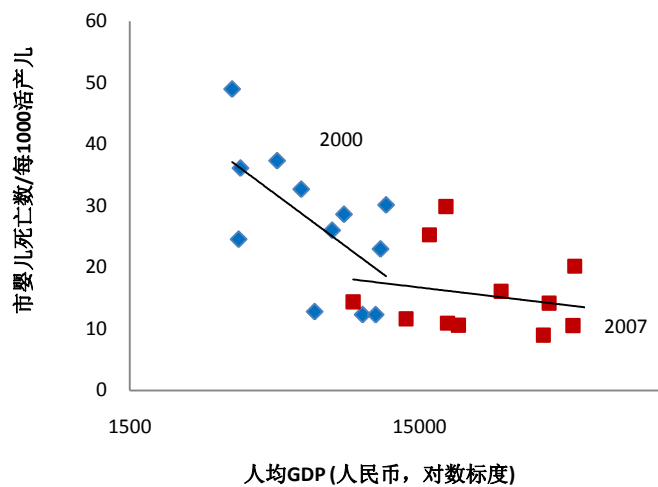
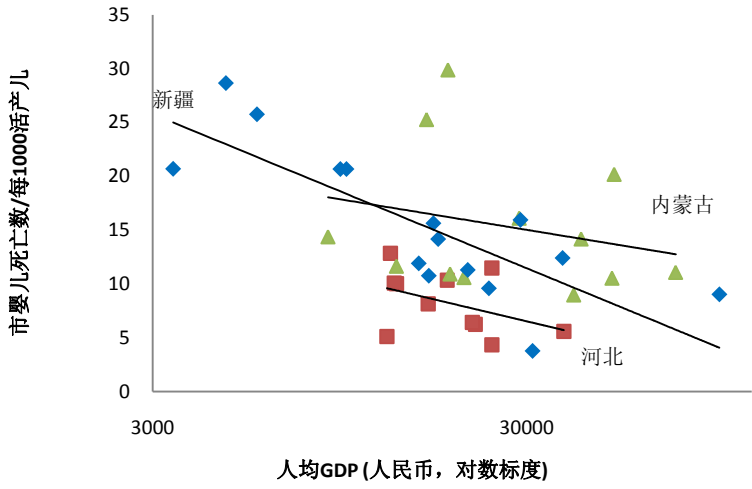


图 17:新疆、内蒙古与河北三省内各市的婴儿死亡率, 2007 年



参考文献 (翻译略)

References:

1. Blumenthal, D and Hsiao, W. Privatization and Its Discontents – The Evolving Chinese Health Care System. *The New England Journal of Medicine*. 353 2005, pp. 1165–1170.
2. CCCPC. The Central Committee of CPC and the State Council's Joint Guidelines for Deepening the Medical and Health Sector Reform. Beijing : CCCPC, 2009. Circular No. 60.
3. Organization, World Health. *World Health Report*. Geneva, Switzerland : WHO, 2008.
4. China Government Net. The Central People's Government of China. [Online] 03 14, 2009. [Cited: August 10, 2010.] http://www.gov.cn/english/official/2009-03/14/content_1259415.htm.
5. China Health Economics Institute. China National Health Accounts Report Abstract. Beijing : Ministry of Health, 2009.
6. Ministry of Education, National Bureau of Statistics, Ministry of Finance. *The 2008 Statistical Notice on National Education Expenditure*. Beijing : s.n., 2009.
7. World Health Organization. *Health in China's Harmonious Society: Building Health System to Benefit All*. s.l. : WHO, 2007.
8. National Bureau of Statistics. China Statistical Yearbooks. Beijing : China Statistics Press, Various Years.
9. Feltenstein, A and Iwata, S. Decentralization and macroeconomic performance in China: regional autonomy has its costs. *Journal of Development Economics*. April 2005, Vol. 76, 2.
10. Xiao and Xiao, Y. Equity of Pension System in China,. *Shanghai Economic Research*. 2008, Vol. 8.
11. Centre for Health Statistics and Information, Ministry of Health,. An Analysis Report of National Health Services Survey in China in 2008. Beijing : Press for China Union Medical University, Dec 2009.
12. Meng, Q. Equity, Efficiency and Sustainability of Health Financing in China. *Health Economics Study*,. 2007, Vol. 4.
13. OECD. *OECD Health Data*. Paris : Organization of Economic Cooperation and Development, 2010.
14. Chen, B. Allocation Planning for Big Medical Equipment in China. *China Medical Equipment*. 2007, Vol. June.
15. Ministry of Health, World Health Organization, UNICEF and UNFPA. *Joint Review of Maternal and Child Survival Strategy*,. Beijing : In Press, 2006.
16. Rudan, I*, et al. Causes of deaths in children younger than 5 years in China. *The Lancet*. on behalf of WHO/UNICEF' s Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG), 2010.
17. Anand, S, et al. China' s human resources for health: quantity, quality, and distribution. *The Lancet*. 2008;, Vol. 372, 1774 – 1781.
18. United Nations Development Programme, China Office. *Human Development Report China 2007/2008* . [Online] <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un-dpadm/unpan042714.pdf>.

19. Hu, SL. The Implementation and Evaluation of the Rural Cooperative Medical Insurance Scheme. *China Health Economics*. February 2008.
20. Brixi, H. *China: Urban Services and Governance*. . Washington, DC : World Bank , 2009. Policy Research Working Paper No. 5030. .
21. Chen, CH and Li, SP. Discussion on the Ways of Chinese Central Finance Health Transfer Payment. *China Health Economics*. 2010, Vol. 1.
22. Liu, M et al. *The National Audit Report on Central Budget Implementation and Uses of Other Financial Resources revealed relatively high levels of misappropriation in the audited accounts*. 2009.
23. World Bank Group. *From poor areas to poor people: China's evolving poverty reduction agenda*. Washington DC : World Bank, 2009.
24. Qin, Y, Jin, HH and Weingast, B. *Regional Decentralization and Fiscal Incentives: Federalism, Chinese Style*. s.l. : University of California at Berkeley, 2001.
25. Lin, J YF and Liu, ZQ. Fiscal Decentralization and Economic Growth in China. *Economic Development and Cultural Change*,. October, 2000, Vol. 49(1).
26. Xing, L, et al. Intra Rural Income Disparity in West China. *China Economic Quarterly*. 2008, Vol. 8, No. 1.
27. Zheng, M, Fu, Q and Wang, XH. Comparative Study on Structural Changes in Income Disparities in Urban Households in Chongqing Municipality, Shanghai Municipality and Sichuan Province. *Journal of Reform and Strategy*. 2008, Vol. 5.
28. Tang, S, et al. Tackling the challenges to health equity in China,. *Lancet*. 2008, Vol. Oct 20.
29. Feng XL, Shi G, Wang Y, Xu L, Luo H, Shen J, et al. . An impact evaluation of the safe motherhood program in China. *Health Economics* . 2010, Vol. 19(S1).
30. World Bank. *Reforming China's Rural Health System*. . Washington, DC : World Bank, 2009.
31. Ying, YZ. *Benefit for Women and Children in Rural Cooperative Medical Scheme*. Beijing : UNICEF Report, 2009.
32. Ma, J and Zhao, M. Improve the Design of Medical Financial Assistance Programme and Build a Harmonious Society - Implementation of MFA in Shanghai. *China Health Economics*. 2009, Vol. Nov.
33. Yu Baorong, Meng Qingyue, Tang Shenlan, Lennart Bogg, . Health Service Utilization by Rural Residents in Shandong and Ningxia Provinces . *China Health Economics*. 2008, Vol. May.
34. Singer Babiarz, Kimberly et al. New evidence on the impact of China's New Rural cooperative Medical Scheme and its implications for rural primary healthcare:multivariate difference-in-difference analysis. *BMJ*, 2010. 341:c5617.
35. UNDP and China Institute for Reform and Development. *China Human Development Report*. Beijing : s.n., 2008.
36. Chengdu Development and Reform Commission, Chengdu Bureau of Statistics. *Chengdu Social Development Report 2008*. Chengdu : s.n.
37. Gansu Provincial Bureau of Statistics. *Gansu Social Progress Report*. Lanzhou : s.n., 2008.
38. Guo, Y. et al. Tracking China's health reform. *Lancet*. March 27, 2010 , Vol. 375 .

39. *Sub-provincial Intergovernmental Fiscal Transfers, presentation delivered at 2006 Annual China Fiscal Reform Forum.* **Liu, MD.** s.l. : UNDP Conference Volume., 2007.
40. **National Audit Office.** *National Audit Report on Central Budget Implementation and Uses of Other Financial Resources.* Beijing : National Audit Office, 2010.
41. **Hanson et al.** Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development.* 2003, Vol. 15, 1-14.
42. **Travis, P. et al.** Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet.* 2004, Vol. 364, 9437.
43. **World Bank .** *Making Services Work for Poor People.* Washington DC : World Development Report, 2004.
44. **World Health Organization.** *Commission on Social Determinants of Health.* 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.

